

Фамилия, Имя \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Список контрольных вопросов		ДА	НЕТ
1.	Перенес ли ребенок COVID-19 (случай подтвержден медицинской организацией) <sup>1</sup>		
2.	Перенес ли кто-то из лиц, проживающих с ребенком, COVID-19 (случай подтвержден медицинской организацией) <sup>1</sup>		
3.	Выезжал ли ребенок за пределы региона в течение 14 дней если да, указать куда _____		
4.	Были ли у ребенка в течение последних 14 дней контакты с лицами, подозрительными на инфицирование COVID-19 <sup>1</sup>		
5.	Наблюдались ли клинические проявления в течение последних 14 дней острой респираторной инфекции (t тела > 37,5°C и / или наличие одного или более следующих симптомов: кашель, сухой или со скудной мокротой, ощущение заложенности в грудной клетке, одышка, снижение SpO2 ≤ 95%, боль в горле, заложенность носа или умеренная ринорея, нарушение или потеря обоняния (гипосмия или anosmia), потеря вкуса (дисгевзия), конъюнктивит, слабость, мышечные боли, головная боль, рвота, диарея, кожная сыпь)		
6.	Входит ли ребенок в группу высокого риска тяжелого течения COVID-19		
7.	Имеются ли условия для организации дистанционного обучения в домашних условиях		
8.	Входят ли лица, проживающие с ребенком, в группу высокого риска тяжелого течения COVID-19		
9.	Ребенок добирается до ОО <input type="checkbox"/> пешком <input type="checkbox"/> на машине <input type="checkbox"/> на общественном транспорте		

<sup>1</sup> При наличии результатов лабораторных исследований на COVID-19 ребенка рекомендуется предоставить их в ОО

Дата \_\_\_\_\_